

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N° _____

THÈSE

490

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Xhavid IZET

Né le 15 Août 1911 à Korça (Albanie)

**Contribution à l'étude
des parotidites post-opératoires**

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Xhavid IZET

Né le 15 Août 1911 à Korça (Albanie)

Contribution à l'étude des parotidites post-opératoires

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1935

I. — PROFESSEURS

	AN.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOIGNOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)..	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Patholog. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologiq.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEIOL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologiq.
PETIT-DUTAILLIS	Patholog. chirurgicale.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SENEQUE	Patholog. chirurgicale.
TROISIÈRE	Pathol. expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologiq.
LEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
ALAJOUANINE	
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
HARVIER	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY-RADOT	
SÉZARY	

MM.

BASSET	Clinique chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
HEITZ-BOYER	
MOURE	
QUÉNU	
SCHWARTZ	Clinique Obstétricale.
VELTER	
ECALLE	
GUÉNIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 4 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Je dédie ces quelques pages. Léger témoignage de mon profond amour filial, et de mon infinie reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi, pendant de longues années.

A MA SOEUR

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Directeur du Laboratoire d'Hygiène
Officier de la Légion d'Honneur

*En remerciement du grand honneur qu'il
nous fait de bien vouloir accepter la pré-
sidence de notre thèse.*

A NOS MAÎTRES DES HOPITAUX

INTRODUCTION

Il est une complication survenant après les opérations abdominales qui est des plus curieuses par sa localisation lointaine du point traumatisé, c'est la parotidite post-opératoire. Quatre à cinq jours après une intervention abdominale, on voit apparaître une tuméfaction siégeant derrière la branche montante du maxillaire inférieur au-dessous du lobe de l'oreille qui est repoussé, accompagnée de douleurs plus ou moins nettes dans le domaine du nerf auriculo-temporal. La température qui était normale présente une ascension. Cette parotidite peut être purement congestive mais le plus souvent elle aboutit à la suppuration.

Ayant eu l'occasion de constater dernièrement une parotidite consécutive à une hystérectomie, il nous a paru intéressant d'étudier cette affection.

Comment définir les parotidites post-opératoires ? Pour Morel, il s'agissait « d'une entité morbide survenant à la suite des interventions aseptiques et aseptiquement conduites ». Il nous semble que pareille définition restreint trop le sujet. On doit tenir

compte en effet des parotidites survenant après des interventions septiques. Sous le nom de parotidites post-opératoires, il faut donc entendre toute parotidite survenant peu de jours après une intervention aseptique ou non et relevant de l'opération. Il convient d'envisager les circonstances qui précèdent, accompagnent et suivent l'intervention.

Cette affection nous semble intéressante à un triple point de vue, à cause de sa rareté, à cause de son étiologie, à cause de sa pathogénie.

Nous étudierons dans un premier chapitre l'étiologie des parotidites post-opératoires, nous envisagerons ensuite les différentes théories pathogéniques proposées. Nous préciserons ensuite les lésions anatomo-pathologiques, puis les aspects clinique de cette affection. Dans un dernier chapitre, nous publierons notre observation personnelle.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Quelle est la fréquence de la parotidite post-opératoire ?

La parotidite post-opératoire est une affection très rare. Sans doute Moricke a publié 5 cas de cette affection sur 150 opérations. Il s'agit là, il semble, d'une proportion un peu anormale. Benoit, dans sa thèse inspirée par Bousquet, donne une proportion de 1 pour 150. Pour Keith, la proportion serait de 1 pour 250.

Age. — Il s'agit d'une affection atteignant essentiellement les adultes. Les enfants présentent exceptionnellement cette affection. Comme chiffre extrême, nous pouvons citer 13 ans (Addenbrooke) et 72 ans (Faucourt-Barnes). Il s'agit généralement de personnes de 25 à 35 ans.

Sexe. — Il s'agit le plus souvent de femmes. C'est ainsi que dans la statistique de Morel on trouve 85 % de femmes. Pour Soubeyran et Ribes 78 %.

Comment peut-on expliquer cette prédominance pour le sexe féminin ? Dans une certaine mesure, cette différence est expliquée par les interventions gynécologiques qui se compliquent parfois de parotidite. De sorte que certains auteurs pensent que si on élimine les opérations gynécologiques, le pourcentage de femmes et d'hommes atteints de cette affection est absolument identique. Même en tenant compte de cet élément, il semble cependant que les femmes sont plus sujettes à cette complication. Peut-être aussi faut-il tenir compte de l'émotivité plus grande de la femme d'où sécheresse de la bouche, de leur plus grande sensibilité, d'où utilisation plus importante de morphine qui, comme on le sait, entraîne une diminution de sécrétion salivaire.

Antécédents du malade. — Il n'existe aucun rapport et cela d'après les travaux de Morel, entre les antécédents ourliens et la parotide post-opératoire. Il faut tenir beaucoup plus compte de l'état de la cavité buccale, de l'état des dents.

Côté atteint. — La parotidite post-opératoire est rarement bilatérale, souvent unilatérale droite dans 45 % des cas, gauche dans 22 %. Sans doute parfois cette parotidite est bilatérale, mais jamais simultanément. L'atteinte des autres glandes salivaires est tout à fait exceptionnelle.

Morel pense que la localisation de la parotidite se fait du côté sur lequel se couche la malade. Les parotidites bilatérales, se verraient chez les sujets dormant sur le dos. En réalité, ces notions n'ont rien d'absolu. Meynadier, dans sa thèse, publie un cas de parotidite gauche chez une malade qui dormait sur le côté droit.

Le mauvais état général du malade. — On ne saurait trop insister sur l'importance du mauvais état général de l'opéré dans l'apparition de la parotidite post-opératoire.

Il n'est pas besoin d'insister sur le fait qu'un mauvais état général diminue la résistance de tous les organes. Dans la plupart des observations qui ont été publiées à ce sujet, on est frappé par le fait que la résistance du sujet était en général amoindrie.

Ce sont en effet des sujets affaiblis par l'infection, la diète, la fièvre, les hémorragies et la souffrance. Serrus, dans sa thèse a insisté sur l'importance de l'intoxication stercorémique. Il ne faut pas oublier en effet que la parotidite post-opératoire apparaît surtout au décours des interventions pratiquées sur l'abdomen et particulièrement sur le péritoine.

Date d'apparition. — La parotidite apparaît le

plus souvent à la fin de la première semaine vers le 5^e ou le 6^e jour.

Nature de l'intervention. — Si nous prenons la statistique de Pascalini, nous constatons que sur 96 opérations qui se sont compliquées de parotidites post-opératoires, 88 furent pratiquées dans le domaine péritonéal, 8 furent pratiquées en dehors du péritoine. Les opérations abdominales se décomposent ainsi :

Ovariectomies	26
Autres interventions gynécologiques..	37
Opérations non gynécologiques	37

En somme, les parotidites post-opératoires surviennent presque uniquement sur des interventions abdominales ou organes génitaux de la femme ou tube digestif. C'est exceptionnellement qu'une telle complication peut survenir à la suite d'une intervention sur la tête ou le cou. Citons cependant le cas de Morestin où l'on vit apparaître une parotidite post-opératoire à la suite de l'ablation d'un lipôme du cou.

Le rôle du traumatisme opératoire. — Sous le nom d'opération, il faut entendre d'ailleurs toutes les circonstances qui précèdent, accompagnent ou suivent l'intervention proprement dite.

Quelles sont donc ces circonstances qui favorisent l'apparition de la parotidite post-opératoire?

1° *Avant l'opération.* — Il y a un certain nombre d'éléments qui contribuent à déshydrater le malade, et Morel, dans sa thèse, insiste sur l'importance de la purgation, du jeûne et du bain. Il faut tenir compte également de l'émotion qui assèche la bouche par diminution de la sécrétion salivaire.

2° *Pendant l'opération.* — Il faut envisager deux éléments : l'intervention proprement dite et, d'autre part, l'anesthésie.

Au cours de l'intervention il est des éléments qui vont contribuer à déshydrater le malade. C'est avant tout une hémorragie assez abondante. Il faut tenir compte également, de tous les éléments qui produisent un choc et qui peuvent d'après Pawlow, retentir par un réflexe sur la parotide et diminuer la sécrétion salivaire.

Peut être plus important que l'intervention est le rôle de l'anesthésie. Sans doute pour Morel, l'anesthésie n'aurait pas une importance considérable. Pour Tuffier au contraire, elle aurait une importance de premier plan et ainsi qu'il l'a exposé à la Société de Chirurgie en 1907, ces parotidites seraient plus post-chloroformiques que post-opératoires. En effet, on sait que le chloroforme diminue la sécré-

tion salivaire et cette action persiste plusieurs heures après l'anesthésie. Quant à l'éther, il provoque bien une hyper-sécrétion salivaire, mais cette hyper-sécrétion est momentanée, il entraîne une fatigue des glandes, d'où hyposécrétion consécutive.

Les parotidites post-opératoires se verraient de préférence à la suite des anesthésies difficiles.

La chute de la langue en arrière oblige de propulser le maxillaire en avant, en s'appuyant sur l'angle et la branche montante du maxillaire inférieur. Cette manœuvre traumatise la parotide.

Cette même chute de la langue en arrière oblige parfois de recourir à l'utilisation de la pince à langue non aseptique, pince qui apporte des germes et les inocule.

Dans certains cas d'hypersécrétion salivaire, on est amené à placer un ouvre-bouche, à se servir d'un tampon monté pour enlever les mucosités. Tous ces instruments peuvent amener des lésions au niveau des muqueuses. Cependant, l'anesthésie ne peut tout expliquer. En effet, Meynadier, dans sa thèse, publie un cas de parotidite post-opératoire où le malade n'avait pas subi d'anesthésie générale mais simplement une raché.

3° *Après l'intervention.* — De nombreux éléments peuvent favoriser l'apparition de la paroti-

dite, les vomissements facilitent l'infection de la bouche et du pharynx, de même l'absence de soins buccaux ; de nombreux éléments viennent déshydrater l'organisme de l'opéré, les injections de morphine, la diète absolue. Il faut tenir compte également du rôle de la constipation.

On ne peut terminer ce chapitre étiologique sans remarquer que les parotidites post-opératoires surviennent surtout pendant l'hiver. Dans la thèse de Meynadier, on trouve la proportion des parotidites post-opératoires, selon le moment où elles ont apparu.

Nous publions ce pourcentage :

Janvier	26	%
Février	10	%
Mars	5,5	%
Avril	5,5	%
Mai	5,5	%
Juin	8	%
Juillet	8	%
Août	4	%
Septembre	3	%
Octobre	5,5	%
Novembre	7	%
Décembre	12	%

En somme, c'est surtout dans les mois de décembre, janvier et février que l'on voit des parotidites post-opératoires.

Un autre élément sur lequel insiste Morel dans sa thèse, c'est la *contagiosité*. Celui-ci a en effet observé une véritable épidémie de cette affection dans une même salle chez des malades soignés par le même infirmier. Il cite d'ailleurs le cas d'Addenbrooke. La tante d'un de ses malades embrasse son neveu atteint de parotidite post-opératoire. Trois jours après elle présente une parotidite double qui évolue comme celle de son neveu.

CHAPITRE III

PATHOGENIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

PATHOGÉNIE

Quelle est la voie d'accès de l'infection ?

La voie lymphatique ; elle est certainement exceptionnelle si même elle existe.

Deux voies d'infection sont donc à retenir : la voie sanguine et la voie ascendante.

1° *Voie ascendante.* — Dans ce cas, les microbes d'origine buccale remontent le long du canal de Sténon pour venir infecter la parotide. *En pratique, c'est cette voie qui semble de beaucoup la plus fréquente, c'est souvent la seule admissible.* Il est des malades chez qui en effet, la voie sanguine doit être exclue pour des raisons cliniques.

Il n'existe pas en effet chez ces malades de foyer infectieux, du moins cliniquement perceptible.

Il est d'autre part des arguments bactériologiques, le germe infectieux de la parotidite et du foyer primitif **est différent.**

Il existe également des arguments anatomo-pathologiques. Sur la coupe on constate en effet que l'infection s'est d'abord localisée au canalicule excréteur.

Enfin, expérimentalement cette voie est prouvée par les travaux de Claine et Dupré, par les expériences de Morel. On peut en effet provoquer des parotidites en badigeonnant avec une culture de microbes la muqueuse buccale, à condition toutefois de supprimer les éléments de défense de la glande.

Un autre argument est fourni par le fait que pour un individu atteint de parotidite, les résultats bactériologiques sont identiques pour l'examen de la bouche, du canal de Sténon et le tissu glandulaire.

2° *Voie sanguine.* — Dans ce cas, les microbes proviennent du foyer qui a nécessité l'intervention.

Quels sont les éléments qui permettent de penser à une telle voie d'infection ?

On sera amené à penser à une origine sanguine si on constate l'apparition chez le malade d'autres localisations infectieuses (arthrite, phlébite). Cette voie sanguine est exceptionnelle et le plus souvent la parotidite post-opératoire relève d'une infection par voie ascendante ou canaliculaire.

De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer cette curieuse affection.

Nous n'insisterons pas sur la *théorie de l'hyperthermie*, d'après laquelle l'hyperthermie seule serait directement la cause de la turgescence de la glande.

Nous ne parlerons pas non plus de la *théorie de la décharge microbienne* soutenue par Bouchard, qui pensait que la glande parotide comme d'ailleurs les glandes intestinales, pouvait servir au cours de certaines maladies infectieuses de soupape entraînant une expulsion de microbes.

La *théorie de la propagation lymphatique* ne peut être retenue également. Sans doute des parotidites ont pu être provoquées par des infections de voisinage buccale, nasales pharyngées, mais il ne s'agit nullement de parotidites post-opératoires.

De nombreux auteurs ont soutenu pendant longtemps la *théorie de la sympathie génito-salivaire*. Cette théorie fut une des premières émises et fut tout d'abord soutenue par Mattweff. Celui-ci avait été frappé par les rapports qui existent entre la glande parotide et les organes génitaux.

Des faits d'hyper-parotidie, de parotidite, de congestion de la parotide ont été signalés au cours

des troubles d'organes génitaux de la femme. On sait d'autre part que la siallhorée est un signe classique de grossesse, signe rare sans doute, mais précoce et de grande valeur. Trousseau avait rapporté le cas de Peters où chez des jeunes filles dont les règles étaient supprimées on vit apparaître des parotidites supplémentaires. Cette théorie soutenue d'abord par Mattweff fut par la suite reprise par Dumarest en 1876, par Habram, par Billroth, par MacDonald en 1885, dans le Journal Médical d'Edimbourg, par Lefas dans les Archives expérimentales en 1894. Celui-ci avait montré par des expériences « que par voie de réflexe des excitations portant sur le grand sympathique ou sur le pneumo-gastrique peuvent être transmises jusqu'aux centres salivaires et produire des phénomènes de congestion glandulaires et d'hypersécrétion ».

Par quel processus agirait cette sympathie génito salivaire ?

Mattweff admettait l'existence d'un réflexe vaso-moteur qui provoquait une excitation des filets sympathiques d'où vaso dilatation de la parotide. Pawlow avait au contraire provoqué une diminution de la sécrétion salivaire par extériorisation d'anse intestinale. Dalchè partageait la même opinion. D'après lui, en effet, « les opérations abdominales

et surtout celles intéressant les organes génitaux, retentissent par le sympathique sur les ganglions cervicaux qui tiennent sous leur dépendance la sécrétion des glandes salivaires.

Il se produit un défaut de la sécrétion salivaire se manifestant par la sécheresse de la bouche à la suite de ces interventions et qui permettent au microbe de la cavité buccale de pénétrer jusqu'à l'intérieur des glandes. » Nous avons vu tout à l'heure que des phénomènes de congestion glandulaire avaient été obtenus par Lefas par des excitations portant sur le grand sympathique. Il convient donc de remarquer que ce n'est pas seulement le réflexe ovarique qui agit sur le centre salivaire. Toute excitation agissant sur le grand sympathique abdominal ou sur le pneumo-gastrique dans sa portion abdominale, peut entraîner pareille conséquence.

Cette sympathie génito-salivaire ne relèverait pas, pour certains auteurs, d'une action nerveuse. Il faudrait voir entre les glandes parotides et les glandes génitales une *relation sécrétoire*. Cette opinion a été soutenue par Dyball. Pour cet auteur en effet, à cause de l'absence de la sécrétion interne des glandes génitales, la parotide en état de moindre résistance, serait plus sensible aux différents microbes.

Théorie de l'embolie septique. — Une embolie

serait transportée par voie sanguine et viendrait alors s'arrêter dans la parotide. Il s'agit alors d'un abcès métastatique. Cette voie sanguine, comme nous l'avons déjà dit, est exceptionnelle, bien qu'indiscutable dans certains cas. Sabrazès et Faguet rapportent dans la Gazette des Hôpitaux de Bordeaux en septembre 1894, une observation indéniable de parotidite d'origine sanguine.

Il s'agissait d'une parotidite survenue pendant les suites de couches pathologiques.

Théorie de l'infection buccale. — Cette théorie explique la plus grande majorité des faits. C'est la théorie la plus anciennement émise (1859). Normalement, la parotide se défend contre l'infection par la sécrétion et l'excrétion de la salive qui passe par le canal de Sténon. Que l'excrétion de la parotide s'arrête, l'infection de cette glande est alors possible. Claisse et Duprè, par la suite Morel, ont montré que si on veut provoquer une *parotidite expérimentale*, il faut tout d'abord arrêter l'excrétion salivaire. Ces auteurs ont badigeonné la cavité buccale avec une culture de staphylocoque, mais pour que ces micorbes remontent le long du canal de Sténon, il faut expérimentalement arrêter l'excrétion de la salive, ce que l'on obtient par l'emploi de l'atropine.

Au cours d'une intervention, de nombreuses

causes sont susceptibles d'arrêter cette sécrétion. Ce sont dans l'ensemble des causes qui déshydratent l'organisme, c'est-à-dire avant l'opération, la purgation, le jeûne, le bain. Pendant l'opération, la transpiration, l'hémorragie, les vomissements, l'anesthésie. Il est, nous l'avons vu, des causes qui agissent directement sur l'excrétion de la salive, chloroforme, éther. Nous avons vu pour l'éther qu'il y avait d'abord hypersécrétion et secondairement hyposécrétion. Après l'intervention c'est l'usage de la morphine, c'est également l'absence de mouvements de mastication quand le malade est condamné à un jeûne post-opératoire.

Chez l'opéré, voilà les causes qui diminuent la sécrétion et l'excrétion salivaires.

Nous avons vu également quelles étaient les causes septiques qui expliquaient l'infection, par exemple au cours d'une anesthésie difficile, l'usage d'un ouvre-bouche, d'un tampon monté, d'une pince à langue, l'absence de soins buccaux après l'intervention de même les vomissements, la constipation.

La théorie de l'infection buccale est accréditée par les *preuves histologiques*. La lumière en effet des canalicules est remplie de débris cellulaires et de microorganismes. L'infection est d'abord centro-

lobulaire, ce n'est que par la suite qu'elle gagne la périphérie des globules salivaires. Non seulement preuves expérimentales et preuves histologiques, mais également des *preuves bactériologiques*. En effet, la formule bactériologique des liquides prélevés dans la bouche, dans le canal de Sténon, dans le tissu parotidien est la même pour un même malade atteint de parotidite.

En résumé, on voit donc que les parotidites post-opératoires sont dues le plus souvent à une infection d'origine buccale, remontant le long du canal de Sténon, grâce à l'arrêt d'excrétion salivaire à la diminution de la sécrétion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Du point de vue macroscopique, on constate au début d'après Lenormand « que la glande est augmentée de volume, cedématisée et congestionnée. A la coupe, elle présente un aspect comme marbré avec certains lobules jaunâtres et d'autres rouge foncé. La suppuration est précoce et apparaît simultanément en plusieurs points de l'organe sous forme de petits foyers miliaires. Il est assez rare que plu-

sieurs de ces foyers confluent de façon à constituer un véritable abcès volumineux pour être cliniquement appréciables. »

Chaque petit abcès est gêné dans son extension par l'existence de tissu conjonctif interlobaire. L'anatomie pathologique explique certains caractères cliniques des parotidites. Du fait que ces abcès sont peu volumineux, il est difficile de percevoir la fluctuation. Il faut tenir également compte du fait que ces petits abcès ne confluent pas. Ces données anatomo-pathologiques expliquent les succès fréquents d'une petite incision au bistouri. Souvent en effet, le pus ne s'évacue que le lendemain de l'incision, à moins qu'il ne fuse dans une autre direction pour s'ouvrir par exemple au niveau du conduit auditif externe. Il est donc indispensable d'effondrer les travées conjonctives si l'on veut vider la parotide du pus qu'elle contient. Les caractères de ces petits abcès miliaires expliquent qu'une ponction exploratrice est le plus souvent négative.

Le pus est en général épais, mal lié, contenant des petits grumeaux, parfois du tissu sphacélé de la glande. Il peut être sanguinolent, par lésion de petits vaisseaux situés tout autour de l'abcès.

Du point de vue microscopique, on constate, comme nous l'avons déjà dit, que l'infection est suc-

cessivement canaliculaire, centro-lobulaire, et enfin péri-lobulaire.

Lenormand dit que « le microscope montre que l'infection envahit presque toujours la glande en remontant le long des canaux excréteurs... c'est autour des canaux intralobulaires et des acini que s'accumulent les leucocytes ; les cellules de l'épithélium glandulaire sont granuleuses ; on trouve dans la lumière des acinis et des canaux, des amas de globules blancs et des cocci. Le tissu conjonctif interlobulaire n'est envahi que secondairement ».

Du point de vue bactériologique, le microbe en cause est toujours le staphylocoque doré et le plus souvent en culture pure. C'est ainsi que Morel, qui avait pratiqué neuf examens avait trouvé les 9 fois le staphylocoque doré, une seule fois il y avait association de bacille subtilis. On voit donc que dans la règle c'est le staphylocoque doré seul isolé qui compte. Cependant il existe des exceptions. D'après Morel, le staphylocoque aurait été trouvé associé au streptocoque par Le Dentu. Labat a trouvé une association staphylocoque pneumocoque. Dans un cas de Kaiser, il s'agissait de colibacilles. Pellé cite le cas de Buntz où il s'agissait d'une parotidite à staphylocoque apparue le neuvième jour à la suite d'une appendicectomie (appendicite gangréneuse

avec abcès pelvien à colibacilles). Il convient de remarquer la différence entre les microbes trouvés pendant l'intervention et celui qui a occasionné la parotidite. C'est peut-être là un cas rarement signalé, mais qui doit se rencontrer fréquemment en pratique puisque les abcès appendiculaires sont le plus souvent à colibacilles, les annexites à gonococques, tandis que la parotidite relève, comme nous l'avons vu, du staphylocoque doré.

CHAPITRE IV

ASPECTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIC TRAITEMENT

Les aspects cliniques des parotidites post-opératoires sont variables. Il convient en effet de distinguer la forme résolutive la forme suppurée, la forme gangréneuse.

Quelle est la fréquence de ces différentes formes ? Il est difficile de le dire avec précision. En effet, la forme résolutive peut passer inaperçue, les formes suppurées sont capables de s'ouvrir sans qu'on s'en aperçoive, dans le canal de Sténon et peuvent être prises par conséquent, pour des formes résolutives. La forme gangréneuse, en tous cas, est exceptionnelle. D'après le pourcentage de Morel, la forme résolutive se verrait dans le tiers des cas, la forme suppurative dans les 2/3.

Nous aurons tout d'abord en vue la forme suppurative.

Le début a lieu généralement vers le 4°, 7° jour après l'intervention. Parfois son apparition est plus précoce, 2° ou 3° jour. Elle peut au contraire être d'apparition tardive, après le 9° jour. En tous cas, il convient d'éliminer les parotidites cachectiques, survenant tardivement après l'opération et spécialement chez les cachexiques et les cancéreux.

Cliniquement, le début se traduit tout d'abord par des signes généraux. Le malade qui était le plus souvent apyrétique, voit sa température monter à 38°5 et 39°, le pouls est accéléré. Morel signale assez souvent l'existence de délire, parfois même assez violent, mais qui ne dure que deux à quatre jours.

Localement, il existe deux ordres de signes : une douleur légère, une tuméfaction parotidienne. Le malade se plaint de douleurs. En réalité, cette douleur est toujours légère au début à tel point que la température est rarement mise sur le compte d'une parotidite au début. A cette simple gêne, succède une douleur plus précise, douleur qui est augmentée par la pression, par les mouvements de mastication, de déglutition. On note parfois un trismus assez marqué. Il n'est pas rare de constater une stomatite, surtout localisée au niveau du canal de Sténon. L'haleine est légèrement fétide.

Le malade se plaint souvent de sécheresse de la bouche.

A l'examen, on constate une tuméfaction de la parotide. Au début, cette tuméfaction est légère, plus perceptible à la palpation qu'à l'inspection. On sent en effet une tuméfaction dure, non déprimable, recouverte d'une peau normale, mais présentant une augmentation de température locale.

Le lendemain, la tuméfaction s'impose à l'inspection, d'autant qu'il s'y ajoute à ce moment-là une infiltration œdémateuse de la paroi, tuméfaction débordant sur la branche montante du maxillaire, écartant en dehors le lobule de l'oreille.

Cette forme évolue vers la suppuration au bout de 3 à 4 jours, les signes généraux ne sont nullement entrés en régression, les signes locaux s'accroissent, la peau est tendue, rouge, luisante, c'est alors que l'on trouve le tableau décrit par Morel « une bouffissure d'aspect phlegmoneux étendue à la moitié correspondante de la face enfouit l'œil dans l'œdème, la peau est rouge et luisante, prend une apparence érysipélateuse. Dans les parotidites bilatérales, l'aspect est repoussant, les traits complètement déformés deviennent méconnaissables. La face double de largeur. »

La fluctuation est très difficilement perçue du

fait que le pus a peu tendance à se collecter et qu'il est d'autre part caché par l'œdème.

Non opérée, la collection suppurée va s'extérioriser. Il peut s'extérioriser au niveau des tégu-ments ou encore au niveau du conduit auditif externe. Dans un certain nombre de cas (et d'après Soubeyrand et Ribes, dans 19 % des cas,) le pus a tendance à s'évacuer par le Canal de Sténon, cette évacuation peut se faire brusquement, parfois au contraire lentement, de sorte qu'elle peut passer inaperçue. Le pus est en effet dégluti inconsciemment par le malade. On pourrait penser alors à une forme résolutive.

Pratiquement, on intervient toujours. A l'incision, on trouve une poche contenant deux à trois centimètres cubes de pus, parfois même beaucoup moins, quelques gouttes seulement. Le pus est souvent extrêmement épais. Il arrive des cas où l'incision ne provoque pas l'issue du pus. Ce n'est que le lendemain qu'on le voit apparaître. On voit alors la température revenir à la normale, les signes locaux disparaître. Mais le plus souvent, pendant 8 à 10 jours, va persister la suppuration. Parfois on note pendant quelque temps une légère induration de la région parotidienne.

Il est des cas où la guérison est retardée du fait de l'évolution successive de plusieurs abcès paroti-

diens. La constitution de chaque abcès étant marquée par une recrudescence des signes généraux et des signes locaux.

A côté de cette forme suppurée, il existe, nous l'avons vu, une *forme résolutive*. Le début est identique au 4°, 7° jour de l'affection, se traduisant cliniquement et par une poussée de température et par une tuméfaction parotidienne. Mais ici l'évolution se fait en deux à trois jours. Lentement les signes locaux et généraux régressent et le plus généralement en une huitaine de jours le malade est guéri. Signalons cependant la possibilité d'une induration parotidienne qui peut ne régresser que lentement.

A côté de ces deux formes qui sont de beaucoup les plus fréquentes, il est une forme tout à fait exceptionnelle, c'est la forme gangréneuse.

Le début est identique, cependant d'emblée on est frappé par l'importance des signes locaux et des signes généraux. Rapidement l'état général est profondément altéré, la température est à 40, 41, le pouls accéléré, le facies du malade est terreux le délire est fréquent.

Localement, la tuméfaction est énorme, la peau est violacée, brunâtre, présente des fistulations par où s'éliminent des lambeaux de tissu sphacélé et des gaz provenant de la profondeur.

Malgré l'intervention le pronostic est fatal en deux à trois jours. L'incision ne donne pas issu à du pus. On voit apparaître des lambeaux sphacelés horriblement fétides, de couleur verdâtre. Les complications sont fréquentes, thrombose veineuse, fusée purulente, ulcération des vaisseaux.

Complications des parotidites post-opératoires.

— Les Complications des parotidites post-opératoires peuvent être rangées en 6 groupes :

- 1) Complications nerveuses.
- 2) Complications vasculaires.
- 3) Fusées purulentes.
- 4) OEdème de la glotte.
- 5) Myosite rétractile du masseter.
- 6) Atteinte des autres glandes salivaires.

Complications nerveuses. — Elles se résument dans l'apparition d'une paralysie faciale. Elle peut apparaître au cours de toutes les parotidites post-opératoires, mais spécialement dans les formes graves. Sans doute, cette paralysie faciale est parfois d'origine traumatique, survenant après l'intervention. On a pu ainsi incriminer dans certains cas le bistouri. Il est des cas indiscutables où la paralysie faciale était due à la parotidite post-opératoire proprement dite. Peut-être s'agit-il de compression ? Peut-être s'agit-il d'une infection légère entraînant un oedème intra-fasciculaire ?

Le pronostic est en général relativement favorable. Dans la moitié des cas, en effet, la guérison complète survient. Dans certains cas, au contraire, il reste une paralysie durable, plus ou moins complète.

Complications vasculaires. — Ces complications vasculaires, se voient essentiellement dans les formes gangréneuses. On peut noter l'ulcération des vaisseaux entraînant une hémorragie très importante, nécessitant parfois la ligature de la carotide primitive.

La thrombose des veines (veines faciales et jugulaires) est également rare. Le pronostic en est des plus graves.

Fusées purulentes. — Des fusées purulentes anormales peuvent se produire. Nous signalerons, mais il s'agit là de cas exceptionnels, de fusées purulentes dans la région carotidienne, ou dans les espaces péri-pharyngiens. Nous avons déjà mentionné l'ouverture, au niveau du conduit auditif externe. Il s'agit là d'une évolution fréquente. Cette ouverture se produit surtout dans les parotidites à début insidieux à évolution lente. Peut-être faut-il faire intervenir également la localisation de l'abcès dans la partie supérieure de la parotide. En tous cas ce n'est pas là une complication proprement dite,

car il y a rarement infection de l'oreille moyenne. On peut noter cependant une arthrite temporo-maxillaire qui peut d'ailleurs survenir en dehors de toute ouverture dans le conduit auditif externe.

Remarquons que cette ouverture au niveau de l'oreille externe est généralement insuffisante. Il est indispensable de pratiquer une contre-ouverture si l'on veut éviter qu'une collection suppurée persiste dans les parties déclives de la parotide.

OEdème de la glotte. — C'est une complication exceptionnelle mais redoutable à cause de son installation extrêmement rapide et des dangers d'asphyxie qu'elle entraîne. Des cas de mort ont été signalés par Pellé dans sa thèse, Fluet Jeffris.

Myosite rétractile du masseter. — Signalons également une complication, d'ailleurs exceptionnelle, la myosite rétractile du masseter.

Atteinte des autres glandes salivaires. — L'atteinte des sous maxillaires a été signalée par Mattweff, Jeffries Goodel et Paget. Cette extension se voit spécialement chez les sujets particulièrement affaiblis. Le pronostic est des plus graves. Généralement la mort survient rapidement.

Diagnostic. — Le diagnostic d'une parotidite post opératoire est généralement facile. Chez un

opéré abdominal, qui vers le 6°, 7° jour présente une poussée de température avec gonflement de la région parotidienne, on doit poser le diagnostic de parotidite post opératoire.

Les parotidites cachectiques seront éliminées du fait du terrain sur lequel elles évoluent.

Dans le cas d'oreillons, il y aurait la notion de contagion ; la bilatéralité est la règle. La peau est normale, pas de fluctuation. La pression du doigt ne laisse pas une trace persistante.

L'érysipèle de la face peut parfois débiter au niveau de la région parotidienne, mais d'emblée, la rougeur de la peau est intense, limitée par un bourrelet caractéristique. La palpation donne une sensation de peau de chagrin. L'évolution est de plus tout à fait différente.

En cas d'adéno-phlegmon parotidien on trouve tout d'abord une porte d'entrée au niveau de la peau, du conduit auditif externe ; la bouche par contre est normale. Au début la tuméfaction est plus limitée, plus saillante. Cependant le diagnostic peut être en certains cas délicat.

Pronostic. — Quel est le pronostic d'une parotidite post opératoire ?

Ce pronostic est difficile à poser, étant donné qu'il varie selon la forme de la parotidite, l'état du

sujet, la présence de complications. Il convient cependant de remarquer que c'est une complication redoutable, car elle témoigne un mauvais état général, chez les opérés présentant une parotidite on trouve une mortalité de 20 %.

La date d'apparition de la parotidite a-t-elle une valeur pronostic ?

Les 2/3 des cas de parotidite suivie de mort, ont apparu précocement vers le 2°, 4° jour. Il faut d'autre part remarquer que les formes résolutives ont souvent un début précoce.

Il semble qu'il faille réserver le pronostic en présence d'une parotidite précoce chez un sujet dont l'état général est déficient par suite de l'infection primitive. *Il s'agit alors en effet, le plus souvent, de parotidite métastatique qui sont plus graves que les parotidites ascendantes.*

Les parotidites associées à des signes locaux intenses, comportent un pronostic plus réservé. Ce sont, dans de pareil cas que l'on peut voir survenir un œdème de la glotte, dont on sait toute la gravité. L'atteinte des autres glandes salivaires, comporte également un pronostic grave. Nous avons vu que l'évolution était le plus souvent fatale.

Nous n'insisterons pas sur la gravité toute particulière des formes gangréneuses.

Quelle est la durée habituelle d'une parotidite post-opératoire ?

Nous avons vu que, dans les formes résolutives, la guérison survenait en moins d'une semaine, 2 à 3 jours souvent. Dans les formes suppurées, l'évolution est plus longue : une douzaine de jours. Des évolutions plus longues peuvent se voir dans les cas de parotidites bilatérales ou encore dans les cas d'abcès parotidiens évoluant successivement sur une même glande.

Traitement. — Le traitement doit être tout d'abord prophylactique. On évitera d'opérer en période de grippe. Il faudra d'abord lutter contre les causes d'affaiblissement général. On tâchera, au cours de l'anesthésie de ne pas traumatiser la cavité buccale. La propulsion du maxillaire inférieur ne sera pas faite avec brutalité. Mais il est surtout deux points importants sur lesquels il est important d'insister : c'est d'une part, *pratiquer l'antisepsie buccale*, et d'autre part, *favoriser la sécrétion parotidienne*.

Comment pratiquer l'antisepsie buccale ? Elle doit être pratiquée avant, pendant et après l'opération.

Avant l'opération, on conseillera au malade les bains de bouche après chaque repas. On prescrira

l'usage de la brosse à dents. Si possible, on fera soigner les dents malades.

Pendant l'opération : Les instruments destinés à l'anesthésie, auront été préalablement stérilisés et placés sur un plateau flambé.

Après l'opération : Il faudra également prescrire des lavages de bouche, avec un antiseptique doux, eau oxygénée, gargarismes avec la limonade citrique, telle que la préconise Forgue, limonade qui a de plus l'avantage, d'exciter par son acidité la sécrétion parotidienne.

Le deuxième point important consiste à provoquer la sécrétion parotidienne. Nous avons déjà insisté sur le fait que c'était l'excrétion et la sécrétion de la parotide qui étaient le moyen de défense normale de la glande. On pourra préconiser des mouvements de mastication qu'il faudra pratiquer plusieurs fois par jour. Bien entendu il faut éviter la déshydratation du malade. Dès qu'il sera possible, on fera prendre des liquides, on pourra en tous cas recourir au goutte à goutte rectal, aux injections de sérum glucosé de 300 à 500 cc.

Quel est le traitement de la parotidite post-opératoire une fois déclarée ?

Au début on pourra essayer de recourir au traitement médical. Inutile d'insister sur l'importance des soins de bouche. On prescrira des pansements humides chauds. On pourra préconiser l'application d'une pommade à l'argyrol. Dans certains cas, on pourra recourir à l'usage des vaccins : propidon, stock vaccin, auto-vaccin.

Fischer a utilisé avec succès le mercurochrome par injections intraveineuse. David a également obtenu des succès avec le Flavurol.

Dans les formes suppurées, de nombreux auteurs ont préconisé le massage de la parotide, pour aider l'évacuation du pus, méthode défendue par Delbet, Hartmann, Walter, Morestin. On fera masser très souvent le malade.

Mais il est des cas où le traitement médical est insuffisant. *Il faut recourir alors au traitement chirurgical.* Certains auteurs même ont conseillé une intervention précoce systématique et cette méthode aurait d'après leurs auteurs (Fischet), l'avantage d'empêcher les complications et l'évolution vers la gangrène. Il faut tout de même remarquer que l'évolution d'une parotidite post-opératoire est le plus généralement favorable et par conséquent il semble, à moins qu'on ne soit poussé par les circons-

tances, qu'on peut attendre facilement 5 à 6 jours et même davantage.

On pratiquera une petite incision au bistouri, méthode qui permet une évacuation suffisante sans laisser de cicatrice. Il sera parfois nécessaire pour obtenir l'évacuation du pus de pratiquer une exploration au stylet.

D'autres auteurs ont proposé de passer quelques crins de Florence avec une aiguille de Reverdin, réalisant un drainage filiforme. Cette méthode a l'avantage de ne laisser aucune cicatrice. Pendant quelques jours, on mobilise chaque matin les fils, pour permettre l'écoulement du pus.

Il est des cas graves où une petite incision est insuffisante. On peut recourir alors à une longue incision, mais qui laisse une large cicatrice apparente. Morestin a proposé, dans ces cas, de pratiquer une incision basse, rétro-parotidienne et sous-parotidienne. Il fait une incision curviligne qui débute dans le sillon auriculo-mastoïdien se dirigeant en avant et en bas, se termine au niveau de la région sous-maxillaire.

Ainsi on atteint la parotide de bas en haut, on larde à coups de sonde cannelée la glande, qui est touchée à la teinture d'iode. Pas de drain. Cette incision a l'avantage d'assurer une évacuation parfaite du fait de sa situation, le facial n'est pas

intéressé, car il est plus profond. La cicatrice est en général peu visible du fait de sa situation, du fait qu'elle diminue de dimensions lorsque les téguments sont revenus à la normale au moment de la guérison. Bien entendu, cette incision n'est indiquée que dans les formes graves, les formes gangréneuses.

En somme, le traitement des parotidites post-opératoires doit être avant tout prophylactique. Constitué, on recourt tout d'abord au traitement médical, s'il convient d'évacuer le pus, on pratiquera soit une légère incision au bistouri, au niveau du point le plus suppurant, soit un drainage filiforme.

CHAPITRE V

Observation personnelle. — Cas de parotidite post-opératoire.

Mme L..., âgée de 48 ans, présente un volumineux fibrôme utérin, remontant un travers de main au dessus du pubis. La malade était bien réglée lorsqu'il y a deux ans, les règles sont devenues de plus en plus abondantes et de plus en plus fréquentes. Le diagnostic de fibrôme ayant été posé, on décide l'intervention. On pratique, le 3 septembre 1934, une hystérectomie sub-totale. Péritonisation, fermeture de la paroi plan par plan.

Les suites opératoires semblent excellentes lorsque le sixième jour, la malade présente, le soir, une température à 38°2 que rien n'explique. Le lendemain 10 septembre, la malade se plaint d'une gêne derrière le maxillaire inférieur gauche et déjà on constate une légère augmentation de volume de la parotide. Le 12 septembre, la tuméfaction parotidienne est des plus marquée, repoussant le lobule de l'oreille, la peau est rouge et s'accompagne d'œdème.

On recourt tout d'abord au traitement médical : pansements humides, lavages de bouche. Mais le 14 septembre, on note une légère fluctuation. On est amené à pratiquer une petite incision qui donne lieu à une petite collection suppurée. Guérison en huit jours après l'intervention.

CONCLUSION

1. — Les parotidites post-opératoires sont des infections intéressantes à cause de leur rareté, des problèmes étiologiques et pathogéniques qu'elles posent.

2. — *Du point de vue étiologique*, elles surviennent principalement chez la femme, surtout du côté droit, à la suite d'interventions pratiquées dans le domaine du péritoine, tube digestif, organes génitaux.

3. — *Du point de vue pathogénique*, la voie sanguine est exceptionnelle.

Le plus généralement, les parotidites post-opératoires sont dues à une infection d'origine buccale, pénétrant par le Canal de Sténon, favorisées par l'arrêt de sécrétion et d'excrétion de la salive. Pour expliquer ce trouble salivaire, il faut tenir compte de nombreux éléments et spécialement de l'emploi de morphine, de la déshydratation du malade, de l'absence de mouvements de mastication.

4. — Du point de vue clinique il s'agit le plus souvent de forme suppurée, parfois de forme résolutive exceptionnellement, de forme gangréneuse.

5. — Il s'agit là d'une complication grande, non pas en elle-même, mais parce qu'elle est l'indice d'un état général déficient.

6. — Le traitement est tout d'abord prophylactique, maintien de la sécrétion parotidienne, antiseptie buccale. Curatif, le traitement sera d'abord médical en cas de nécessité, il sera chirurgical, petite incision au bistouri ou drainage filiforme.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*,
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BENOIT (J.-O.). — Des parotidites consécutives à l'ovariotomie (Thèse de Paris, 1901-02, in-8° 46 p. N° 157).
- Des parotidites consécutives à l'ovariotomie (in-8°, Paris 1902).
- DUMITRESCO (T.), JONNESCO (Cr.) et CHISER (St.). — Parotidite épidémique avec méningite et orchite concomitantes (Soc. méd. des Hôp. de Paris, S. du 8 avril 1932).
- DUPRÉ. — C. Fac. de Médecine, I, p. 545.
- DUPLAY. — Gazette H., M. et H., p. 51-52. Traité de pathologie est. p. 85.
- FORGUE, MOURGUE-MOLINES (E.) et LAPEYRIE (M.). — Parotidite post-opératoire (Montpellier méd. 48 : 379, sept. 1, 1926).
- FOUCAULT. — Les parotidites post-opératoires et leur traitement (Arch. méd. chir. de Province, Fév. 1925).
- KELLER (R.). — Réflexions sur la parotidite post-opératoire. (Sté d'Obst. et de gynéc. de Strasbourg S. du 5 mars 1932).

LABAT. — Thèse Bordeaux, 1911-12.

LE DENTU. — Parotidite d'origine génitale.

LEFAS. — Gazette de Méd. et de Chir., p. 565.

— Arch. G. de Méd. de Paris, IV, p. 103.

LEGUEU (F.) et MOREL (L.). — Pathogénie des parotidites post-opératoires. (Gynécologie, Paris 1908, XII, 20-31).

MEYNADIER. — Contribution à l'étude des parotidites post-opératoires (Faculté de méd. de Montpellier, thèse de l'année 1925-26).

MOREL. — Etude clinique et expérimentale sur les parotidites post-opératoires (Thèse de Paris, 1907-1908).

— Etude clinique sur les parotidites post-opératoires (Progrès méd. 1913, N° 6).

MORESTIN. — Discussion sur les parotidites post-opératoires (Bull. et mém. de la Soc. des Chir. 1907).

PATEL et VERGNORY. — Parotidite suppurée et paralysie faciale. Lyon chir. 28 : 201-202, mars-avril 1931).

PICHEVIN (R.). — Des parotidites à la suite de l'ovariotomie (Semaine gynéc. Paris 1902, VII. 185).

POMMEPUY. — Parotidites aiguës consécutives à l'appendicectomie à froid (Toulouse Méd., 1^{er} février 1927).

L. SAUVE. — Les parotidites post-opératoires (J. de méd. et de chir. pratiques (10 juillet 1932, T. CIII.)

SENEQUE. — Quelques considérations étiologiques pathogéniques et thérapeutiques sur les parotidites post-opératoires (Prat. Méd. franç. 12 : 209-214, May (A) 1931).

TOURNEUX (J.-P.). — Les parotidites post-opératoires (Soc. de méd. de Toulouse, 3 janv. 1922, in Toulouse méd. 15 mars 1922).

